

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

เสนอโดย

นางสาวกฤษณา สกุลรัมย์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 829)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ
2. ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ 20 วัน (ตั้งแต่วันที่ 22 กันยายน 2550 ถึงวันที่ 11 ตุลาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ตับ

การบาดเจ็บที่ตับเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยทั้งจากบาดเจ็บจากแรงกระแทกและบาดแผลทะลุ เนื่องจากตับเป็นอวัยวะในช่องท้องที่มีขนาดใหญ่และอยู่ก่อนมาทางด้านหน้า

กลไกการบาดเจ็บ

1. การบาดเจ็บจากการถูกกระแทก (Blunt Injury) มักเกิดจากการถูกรถชน กระแทกอย่างแรง ถูกทำร้าย ซึ่งการบาดเจ็บต่อตับที่พบ มักมีลักษณะดังนี้ 1.1) มีการฉีกขาดของ glisson's capsule 1.2) มีการแตกของเนื้อตับ (parenchymal rupture) 1.3) มีการฉีกขาดของหลอดเลือด และท่อน้ำดีร่วมด้วย 1.4) ตับฉีกขาดจาก ligament หรือหลอดเลือดที่ยึดติดอยู่ 1.5) มีก้อนเลือดอยู่ในเนื้อตับ (intraparenchymal hematoma) หรือก้อนเลือดอยู่ในเยื่อหุ้มตับ (subcapsular hematoma)

การบาดเจ็บจากการกระแทกนี้มักพบบ่อยที่กลีบขวาของตับ และหากเกิดจากการถูกรถชนหรือตก จากที่สูงโดย acceleration deceleration force มักพบพยาธิสภาพบริเวณที่เกาะของ falciform ligament

2. การบาดเจ็บจากการถูกยิงหรือถูกแทง (Penetrating Injury) มักพบในเมืองใหญ่ของแทบทุกประเทศ รวมถึงกรุงเทพมหานครซึ่งกำลังมีการเพิ่มขึ้นของการบาดเจ็บประเภทนี้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยการบาดเจ็บจากการถูกแทงจะรุนแรงน้อยกว่าการยิง

บาดแผลจากการถูกแทง การบาดเจ็บจะขึ้นอยู่กับขนาดของมีด ความแรงของการแทงและการสะบัด มีดหลังจากแทงเข้าไปแล้ว ส่วนบาดแผลจากการยิงจะขึ้นอยู่กับความเร็ว ขนาดและประเภทของกระสุน

การวินิจฉัย

การตรวจร่างกาย พบแค่อาการปวดหรือเจ็บที่ท้องเล็กน้อย อาการปวดที่รุนแรง (severe tenderness and guarding) มักจะพบการแตกหรือฉีกขาดของลำไส้ร่วมด้วย หากเลือดออกมากท้องจะอืดตามไปด้วย และ vital signs เปลี่ยนแปลงตามปริมาณเลือดที่เสียไป บางครั้งอาจมีไข้ร่วมด้วย

การอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) การบาดเจ็บต่อช่องท้องที่อาจมีการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายใน ควรได้รับการประเมินด้วย การอัลตราซาวด์ภายในระยะเวลาอันสั้นใช้การตรวจแบบ FAST (focused assessment with sonography for trauma) ซึ่งตรวจหาเลือดในช่องท้องในผู้ป่วยทุกรายที่บาดเจ็บแบบ blunt injury ไปพร้อมๆ กับการทำ primary survey ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีผล specificity สูงกว่า 95 % เลือดที่ตรวจพบส่วนใหญ่มักจะอยู่บริเวณ subhepatic space ส่วน sub capsular hematoma หรือ intrahepatic hematoma อาจตรวจแบบ FAST นี้ใช้เวลาสั้นมาก สามารถทำได้แม้ตอนที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อค

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography หรือ CT scan) เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยการบาดเจ็บต่อตับที่ตีมาก สามารถให้รายละเอียดได้สูง และเป็นประโยชน์ต่อการเลือกวิธีการรักษา แต่ก็มีข้อจำกัดคือต้องใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะช็อก นอกเหนือจากการระบุได้ถึงการบาดเจ็บภายในตับและหลอดเลือดต่างๆ ยังสามารถช่วยวินิจฉัยการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นได้ด้วย เช่น ม้าม ไต กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยการบาดเจ็บต่อตับอ่อนและลำไส้อาจไม่ชัดเจน

การพบน้ำในช่องท้องจาก CT scan เป็นการบ่งว่ามีเลือดออกในช่องท้องและหากพบว่ามีน้ำหรือเลือดในช่องท้องโดยไม่มีร่องรอยการบาดเจ็บต่อตับหรือม้าม ควรนำผู้ป่วยไปผ่าตัด รวมถึงหากพบน้ำหรือเลือดในช่องท้องห่างไกลต่อตับที่บาดเจ็บ เช่น พบน้ำหรือเลือดในอุ้งเชิงกรานร่วมกับตับแตกก็ควรนำผู้ป่วยไปผ่าตัดเช่นกัน

การพบ contrast blush หรือ extravasations เป็นการบ่งว่ามี active bleeding ควรนำผู้ป่วยไปทำ angiography แล้วตามด้วย embolization

การตรวจวินิจฉัยทางหน้าท้อง (Diagnostic peritoneal lavage หรือ DPL) ยังคงมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องอยู่เสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และช็อก การดูแลเลือดได้มากกว่า 10 มิลลิลิตร เป็นข้อบ่งชี้ว่าควรนำไปผ่าตัด แต่การใช้ข้อกำหนด red blood cell (RBC) > 100,000 ตัว/ลูกบาศก์มิลลิเมตรหากมีการบาดเจ็บเฉพาะตับอย่างเดียวอาจรักษาแบบไม่ผ่าตัดได้ (non-operative management)

การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (non – operative management)

การเลือกรักษาโดยการไม่ผ่าตัดนั้น (selective management : nonoperative management) ต้องทำเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อกและไม่มีลักษณะของ peritonitis ทั้งจากการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่น หากตัดสินใจทำการรักษาแบบไม่ผ่าตัดแล้วนั้น ผู้ป่วยต้องมีระดับความรู้สึกตัวที่ดี (well conscious) เพื่อที่จะได้ตรวจอาการได้เรื่อยๆ และแพทย์ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมออย่างน้อยทุก ½ - 1 ชั่วโมง

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative management)

2.1 กรณีบาดเจ็บ (glade I และ glade II) เลือดมักจะหยุดแล้วเมื่อผ่าตัดพบและไม่ต้องรักษาเพิ่มเติม แต่ถ้ายังมีเลือดออกอยู่ให้เย็บจุดเลือดออก หรือจี้ด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้า และเย็บ หรือเย็บเนื้อตับเข้าด้วยกัน (hepatorrhaphy)

2.2 บาดแผลลึก (glade III และ glade IV) จะมีเลือดออกมาก ควรขยายแผลผ่าตัดให้ใหญ่พอและถ้าจำเป็นอาจต้องขยายแผลเข้าช่องอกด้านขวาที่ช่องซี่โครงที่ 6 หรือ 7 ก่อนอื่นควรทำ Pringle maneuver โดยใช้คีมหนีบหลอดเลือด หนีบที่ hepatoduodenal ligament ซึ่งมีหลอดเลือดแดงเฮพาทิก (hepatic artery) และหลอดเลือดดำพอร์ทัล (portal vein) อยู่ เป็นการลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ตับ ทำให้เลือดออกน้อยลงจากนั้นจึงเย็บจุดเลือดออกให้หมด ถ้ายังมีเลือดซึมที่ขอบแผลตับ อาจเย็บตับเข้าหากัน (hepatorrhaphy)

การทำ Pringle maneuver นี้ควรจะทำครั้งละไม่เกิน 20 นาที เพื่อมิให้เนื้อตับขาดเลือดนานเกินไป แต่อาจทำซ้ำได้หลังจากที่ได้ปล่อยคีมหนีบหลอดเลือดให้เลือดไปเลี้ยงตับประมาณ 5 – 10 นาที

ระยะหลังมีผู้นำเอาตาข่ายสังเคราะห์ที่ละลายได้ เช่น polyglycolic acid mesh มาห่อตับที่ได้รับบาดเจ็บได้ผลดี แต่ใช้ไม่ได้ผลถ้ามีการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดดำเฮพาทิก (hepatic vein) หรือ retrohepatic vena cava

บาดแผลของตับที่มีการฉีกขาดของหลอดเลือดดำเฮพาทิก (hepatic vein หรือ retrohepatic vena cava (glade V) รักษายากที่สุด ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากเสียเลือดมาก

การพยาบาล

การพยาบาลในระยะวิกฤติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตับ พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตินอกจากนี้ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการที่จะกำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การประเมินในระยะวิกฤติ (primary survey)

1.1 การประเมินสภาพทั่วร่างกาย ต้องทำด้วยความรวดเร็วตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยการถอดเสื้อผ้าออกให้หมด ชักประวัติอย่างสั้นๆ ได้ใจความครอบคลุม ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัวให้ถามจากผู้นำส่งหรือญาติ เพื่อให้ทราบ ว่า “บาดเจ็บอย่างไร เมื่อไรและที่ใด”

1.2 การประเมินระบบทางเดินหายใจ ตรวจภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ระดับการรู้สึกตัว ระบบไหลเวียนโลหิต

1.3 การประเมินร่างกายตามระบบอื่นๆ เช่น อาการซีด เหงื่อออก มีบาดแผลช่องท้อง

1.4 ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อการตัดสินใจช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันเวลาที่

1.5 การช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) ในรายที่หัวใจหยุดเต้น ต้องช่วยนวดหัวใจภายนอก และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย โดยการช่วยหายใจทางหน้ากากครอบ พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ

1.6 ช่วยให้อากาศทางเดินหายใจเปิดโล่ง (open airway) ได้แก่การจัดท่าให้นอนตะแคงหน้า ดูดเสมหะ น้ำลาย เลือดที่ออกทางช่องปากและคอ และให้ออกซิเจน

1.7 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะความดันโลหิตต่ำกว่า 90/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที

2. การประเมินในระยะต่อเนื่อง (secondary survey)

2.1 การซักประวัติ หลังจากช่วยเหลือในระยะวิกฤติแล้ว พยาบาลควรทำการซักประวัติให้ละเอียดเพิ่มขึ้น โดยซักประวัติว่า อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อไร และหลังเกิดเหตุมีอาการและการ

เปลี่ยนแปลงอย่างไร ได้รับการช่วยเหลือจากที่ไหนมาบ้าง และต้องจดบันทึกอย่างละเอียด อาจซักประวัติจากผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวให้ซักจากญาติหรือผู้นำส่ง นอกจากนี้ต้องซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารต่างๆ ยาที่ใช้ประจำ รวมถึงเวลาในการรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายด้วย

2.2 การตรวจร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ระดับความรู้สึกตัว และการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ความวิตกกังวล ความกลัว โดยใช้หลักดังต่อไปนี้

2.2.1 การดู ควรเริ่มจากการสังเกตร่องรอยการบาดเจ็บจากภายนอก เช่น รอยขีดหรือบาดแผล เป็นต้น รอยขีดที่หน้าท้องด้านบนอาจบ่งชี้มีการบาดเจ็บที่ตับ ม้าม ถ้าใส่เหล็กส่วนต้นและตับอ่อน รอยขีดที่ท้องน้อยอาจบ่งชี้การบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ หรือที่ลำไส้ใหญ่และกระดูกเชิงกราน รอยขีดที่สีข้างอาจบ่งชี้การบาดเจ็บที่ไตข้างนั้น ในระหว่างตรวจ ควรสังเกตว่าผู้ป่วยต้องอึดขึ้นหรือไม่ ถ้าต้องอึดร่วมกับมีลักษณะของการเสียเลือด เช่น ซีด ความดันเลือดตกและชีพจรเร็วขึ้น แสดงว่าน่าจะมีการบาดเจ็บในช่องท้องและกำลังมีเลือดออก เป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบแก้ไข

2.2.2 การคลำ ถ้าคลำพบหน้าท้องแข็งตึง แสดงว่าน่าจะมีการบาดเจ็บภายในช่องท้อง อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจนำผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดโดยอาศัยการคลำหน้าท้องเพียงอย่างเดียวอาจผิดพลาดได้ จึงควรใช้ข้อสรุปประกอบอื่นๆ ช่วยด้วย เช่นอาการของการเสียเลือด

3.2 แนวคิดที่นำมาใช้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม เป็นการดูแลตนเองของบุคคลที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย ผิดปกติ เช่น เกิดโรค การบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย การรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

1. แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล
2. รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ

4. รับรู้และสนใจที่จะคอยรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

5. คัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

6. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนของการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การบาดเจ็บของตับ เป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยจากบาดแผลทะลุ และจากแรงกระแทก โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจากรถที่มีการกระแทกบริเวณช่องท้อง การบาดเจ็บที่ตับมีตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยซึ่งอาจไม่ปรากฏอาการและไม่ต้องการการรักษาพิเศษ จนถึงบาดเจ็บชนิดรุนแรงซึ่งมักพบร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด และอาจจะเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว อัตราตายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และชนิดของบาดแผล แผลถูกแทง อัตราตายเพียงร้อยละ 1 ในขณะที่การบาดเจ็บจากแรงกระแทกและโดนหลอกลูกศรเข้าเสียดด้วยมีอัตราตายถึงร้อยละ 40 - 50 นอกจากนี้ อัตราตายยังขึ้นอยู่กับภาวะอื่น ๆ พบว่าถ้ามีลำไส้แตกทะลุ อัตราตายจะสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 50 - 80 สาเหตุการเสียชีวิตในระยะแรก มักเกิดจากการเสียเลือด ส่วนสาเหตุของการเสียชีวิตในเวลาต่อมา มักเกิดจากการติดเชื้อ

ดังนั้นการประเมินอาการของผู้บาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง และมีการบาดเจ็บที่ตับ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อนำมาแก้ไขปัญหา ร่วมกับบุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันเวลาที่ รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการและตำราต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ
2. เลือกกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ชนรถกระบะ เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ผู้ชีวิตนาส่งที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 22 กันยายน 2550 เวลา 16.45 น. แกร็บรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแน่นท้องและหน้าอก หายใจเร็ว เหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเย็น เหงื่อออก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 98/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ขณะอยู่ในความดูแลได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำ Ringer Lactate solution ทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น อัตราการไหล 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จอเลือด Pack red cell 4 unit, Fresh Frozen Plasma 2 unit ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย แพทย์ศัลยกรรมตรวจท้องด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ พบมีเลือดออกในช่องท้อง และทำการเจาะผนังหน้าท้องได้เลือดสดประมาณ 10 มิลลิลิตร จึงส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเปิดช่องท้องและเย็บซ่อมตับเวลา 18.00 น. รวมเวลาอยู่ที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ได้ติดตามเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง พบปัญหา 5 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 11 ตุลาคม 2550 รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 20 วัน
3. สรุปผลการดำเนินการกรณีศึกษา รวบรวมจัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี ได้รับอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนรถกระบะ เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์กู้ชีวิตนำส่งที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 22 กันยายน 2550 เวลา 16.45 น. แรกได้รับรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแน่นท้องและหน้าอก หายใจเร็ว เหงื่อเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็น เหงื่อออก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 98/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ขณะอยู่ในความดูแลได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำ Ringer Lactate solution ทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น อัตราการไหล 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จองเลือด Pack red cell 4 unit, Fresh Frozen Plasma 2 unit ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย แพทย์ศัลยกรรมตรวจท้องด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ พบมีเลือดออกในช่องท้อง และทำการเจาะผนังหน้าท้องได้เลือดสดประมาณ 10 มิลลิลิตร จึงส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเปิดช่องท้องและเย็บซ่อมตับ เวลา 18.00 น. รวมเวลาอยู่ที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 50 นาที รับประทานโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ได้ติดตามเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 20 วัน ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 11 ตุลาคม 2550 พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อค เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะช็อค

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ออนหงายราบ ศีรษะสูงเล็กน้อย ยกปลายเท้าสูง 20-30 องศา ขาเหยียดตรง เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองมากขึ้น
2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากอัตรา 10 ลิตรต่อนาที ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงโดยใช้เครื่องมือวัดออกซิเจน
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และประเมินระดับความรู้สึกตัว
4. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยการห่มผ้าให้กับผู้ป่วย เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
5. เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าฮีมาโตคริต กรุ๊ปเลือด ตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา และจองเลือด PRC 4 unit, FFP 2 unit ติดตามคุณภาพฮีมาโตคริตเป็นระยะ ดูแลให้ได้รับสารละลาย Ringer's lactated เข้าทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
6. ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกจำนวนปัสสาวะทุกชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตสี ลักษณะของปัสสาวะ

การประเมินผล

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขเมื่อเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 24 กันยายน 2550

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยปวดแน่นท้องเนื่องจากมีภาวะตับอักเสบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

อาการปวดท้องลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาวะความเจ็บปวด โดยสังเกตสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยและการซักถาม พุดคุย เพื่อนำมาพิจารณาให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย และใช้หมอนรองใต้เข่า ช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด ดูแลเช็ดตัวตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้เกิดความสบายผ่อนคลายความเจ็บปวดลง
3. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
4. ให้ยาเพทิดีน (pethidine) 25 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วง ซึม

การประเมินผล

ผู้ป่วยปวดท้องน้อยลง ปัญหาได้รับการแก้ไขเมื่อเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 10 ตุลาคม 2550

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บและแนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของการบาดเจ็บ และแนวทางการรักษา และคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้กำลังใจ อธิบายอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบ พร้อมทั้งบอกวิธีการช่วยเหลือ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถามเกี่ยวกับอาการและการช่วยเหลือ
2. ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพร้อมๆ กัน ลดการรบกวนผู้ป่วย
3. ใช้พฤติกรรมสื่อสาร แทนวาจา เช่นการสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและมั่นใจ
4. จัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พบกับแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย เพื่อญาติจะได้สอบถามปัญหา คับข้องใจ และแพทย์จะได้อธิบายภาวะการบาดเจ็บและแนวทางการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ความเข้าใจ ปัญหาได้รับการแก้ไขเมื่อเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 24 กันยายน 2550

ปัญหาที่ 4 เกิดภาวะซีดคลุกถามเนื่องจากการสูญเสียเลือดมากในห้องท้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด

กิจกรรมการพยาบาล

เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด

1. การเตรียมด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
2. การเตรียมด้านร่างกาย งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. เตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท ดูแลให้เซ็นใบยินยอมผ่าตัด และเตรียมสิ่งของที่จำเป็นไปห้องผ่าตัด เช่น फिल्मเอกซเรย์ และเลือด และติดตามไปส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด

การประเมินผล

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปเมื่อเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 24 กันยายน 2550

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงวิธีปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้านในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ คาร์โบไฮเดรตประเภทข้าว ถั่ว เต้าหู้ แป้ง วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินซี เช่น ฝรั่ง ส้ม เพื่อเสริมสร้างการสร้างคอลลาเจน ทำให้แผลหายเร็วขึ้น
2. ควรพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง สามารถทำกิจกรรมอื่นได้ตามปกติ และออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย
3. หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 3 เดือนแรกของการผ่าตัด เช่น การยกของหนัก
4. การรับประทานยา ให้ถูกต้องและตรงตามแผนการรักษา หากพบอาการผิดปกติ ให้หยุดรับประทานยาทันที แล้วรีบมาพบแพทย์
5. มาตรวจตามนัด ในกรณีที่มีความผิดปกติขึ้นก่อนวันนัด เช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ หนาวสั่น ให้รีบมาพบแพทย์ทันที
6. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น ดูแลความสะอาดปากและฟัน ดูแลความสะอาดของผิวหนัง เสื้อผ้า เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

สรุป ปัญหาทางการพยาบาลทุกปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 11 ตุลาคม 2550 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 20 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาคิดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 20 วัน และเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมด 5 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อพัฒนาตนเอง โดยศึกษาหาความรู้ และประสบการณ์ในเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ
2. เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับการดูแลและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อการเรียนรู้ และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. การประเมินสภาพการบาดเจ็บร่วมของผู้ป่วย ทำให้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด จำเป็นต้องรีบส่งเข้าห้องผ่าตัด และตรวจไม่พบการบาดเจ็บระบบอื่นๆ นอกเหนือจากการบาดเจ็บในช่องท้องจากภาวะตับฉีกขาด ซึ่งภายหลังพบว่ามิลมในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วย
2. มีผู้ป่วยมารับบริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก บุคลากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย
3. การสื่อสารและการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกระทำอย่างเร่งรีบ เนื่องจากข้อจำกัดที่ต้องรีบส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อค และมีความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ ไม่มีสมาธิในการรับฟังข้อมูล อาจทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้ครอบคลุมทุกระบบ เพราะอาจมีการบาดเจ็บของอวัยวะหลายระบบร่วมด้วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
2. จัดบุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงาน เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย และการสื่อสารกับผู้ป่วยในภาวะที่มีบาดเจ็บอย่างรุนแรง
4. จัดทำแนวทางการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ 

(นางสาวกัญญา สุกตรัง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

...30../...สิงหาคม.../..2553..

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)30../.....สิงหาคม...../.....2553.....

(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)30../.....สิงหาคม...../.....2553.....

เอกสารอ้างอิง

ช่อลดา พันธุเสนา. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์สงขลา, 2548.

เบญจมาศ ปรีชาคุณ. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ.พี.ลิฟวิ่งจำกัด, 2547.

ปรีชา ศิริทองถาวรและคณะ. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2547.

สุทธจิต ลีลานนท์. ศัลยศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพฯ : โฉมิตการพิมพ์จำกัด, 2546.

American college of surgeons. **ATLS Advance Trauma Life Support for doctors eighth edition.** USA : 2009

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวกฤษณา สกุลรัง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 829) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยอุบัติเหตุ เข้ามารับบริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งอุบัติเหตุจราจร การถูกทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุทั่วไป ซึ่งความรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตมักเกิดจากภาวะเลือดคั่งในสมอง เลือดหรือลมคั่งในช่องอก ม้ามแตก การบาดเจ็บที่ตับ กระดูกเชิงกรานหัก หรือบาดเจ็บร่วมกันหลายระบบที่มีการเสียเลือดมาก การรักษาพยาบาลในช่วงโมงแรกประกอบด้วย การประเมินอย่างรวดเร็ว และการช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาในบางขั้นตอนการปฏิบัติ เช่น การคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ ความล่าช้าในการตามแพทย์เฉพาะทาง หรือความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในกรณีที่มีผู้บาดเจ็บที่มีภาวะวิกฤติมาพร้อมกันจำนวนหลายราย จึงเห็นสมควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ได้มาตรฐาน และมีระบบซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมทั้งระบบ ลดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตทรัพย์สินและภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากกระบวนการดูแลรักษา

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. กระบวนการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ โดยมีกระบวนการตั้งแต่ 1.1) การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย

1.2) การรับใหม่ 1.3) การดูแลรักษาพยาบาล 1.4) การจำหน่าย 1.5) งานบริการร่วมด้านอื่นๆ เช่น การตรวจสอบสิทธิ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพและคำแนะนำอื่นๆ

2. การคัดกรอง มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ให้การดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

2.1 วิกฤติ (Resuscitation) คือ การบาดเจ็บใดก็ตามที่คุกคามต่อการสูญเสียชีวิตหรืออวัยวะ ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันที ทันใจ ภายใน 4 นาที

2.2 ฉุกเฉินมาก (Emergency) คือ การบาดเจ็บที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะทรุดลงอย่างรวดเร็ว ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ซับซ้อนจากแพทย์เฉพาะทาง และเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง ต้องการการรักษาพยาบาลภายใน 15 นาที

2.3 ฉุกเฉิน (Urgent) คือ การบาดเจ็บที่มีความเสี่ยงปานกลาง อาการผู้ป่วยคงที่ แต่ต้องให้การรักษาเพื่อบรรเทาและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ต้องการการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที

2.4 ไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) คือ การบาดเจ็บที่มีความเสี่ยงน้อย ต้องการการวินิจฉัยหรือทำหัตถการเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน สามารถรอตรวจได้อย่างปลอดภัย ภายใน 2 ชั่วโมง

3. การประเมินและการรักษาเบื้องต้น มุ่งเน้นให้การักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยเรียงลำดับความสำคัญดังต่อไปนี้ คือ

3.1 A : Airway ทางเดินหายใจเป็นสิ่งแรกที่ต้องประเมิน ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เร็วที่สุด ในผู้ป่วยอุบัติเหตุต้องระวังเรื่องการบาดเจ็บที่คอร่วมด้วย

3.2 B : Breathing and Ventilation การหายใจที่เพียงพอเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย การตรวจที่สำคัญ ได้แก่ การดูว่าผนังทรวงอกเคลื่อนไหวเท่ากันดีหรือไม่ การฟังว่าเสียงเท่ากันหรือไม่ มีเสียงผิดปกติหรือไม่ ซึ่งถ้าพบความผิดปกติ ต้องรีบแก้ไขทันที

3.3 C : Circulation ระบบไหลเวียนเลือด การเสียเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการประเมินและรักษาที่รวดเร็ว ลักษณะความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด สามารถตรวจพบได้จาก ระดับความรู้สึกตัว สีผิวหน้า ซีพจร และความดันโลหิต

3.4 D : Disability การประเมินระบบประสาทอย่างรวดเร็ว โดยพิจารณาจากลักษณะรูม่านตา และระดับความรู้สึกตัว หรือใช้ Glasgow Coma Scale (GCS)

3.5 E : Exposure การประเมินทั่วร่างกายอย่างรวดเร็ว ควรต้องถอดเสื้อผ้าออกให้หมด สำรวจทั้งด้านหน้าและด้านหลัง จากนั้นรีบคลุมด้วยผ้าห่มอุ่นๆ ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

4. ระบบการส่งต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการเตรียมความพร้อม ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ที่ติดกับผู้ป่วย ความพร้อมและจำนวนของบุคลากรที่จะทำการเคลื่อนย้าย การเตรียมเอกสารและติดต่อประสานงานกับหน่วยงานปลายทางเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอ

1. นำเสนอโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการปรับปรุงพัฒนาการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ
3. กำหนดแนวทางพัฒนาการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ
4. นำเสนอแนวทางพัฒนาการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ปรึกษาผู้ชำนาญการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม
5. จัดทำเป็นเอกสารแนวทางการพัฒนาผู้ป่วยอุบัติเหตุและแจ้งผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ
6. ประเมินผลการใช้แนวทางการพัฒนาบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุทุก 3 เดือน เพื่อแก้ไขและปรับปรุง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ไม่พบอัตราอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอดกระบวนการรักษาพยาบาล

ลงชื่อ *กฤษณา สกลรัง*

(นางสาวกฤษณา สกลรัง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....30...../.....สิงหาคม...../.....2553...

เอกสารอ้างอิง

ธวัชชัย กาญจนรินทร์. การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2544.

ปรีชา ศิริทองถาวรและคณะ. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 12. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
การพิมพ์, 2545.

อรชร มาลาหอม. การบาดเจ็บที่ตีบร่วมกับการบาดเจ็บหลายระบบ : ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย.
สรรพสิทธิเวชสาร, 2546. 24(4).

American college of surgeons. **ATLS Advance Trauma Life Support for doctors eighth
edition.** USA : 2009